

さくら女性クリニック 問診票


本日の受診理由、ご相談内容などは医師が伺いますが、その前に簡単な質問をさせていただきます。

わかる範囲、書ける範囲で構いませんのでご協力ください。(当てはまるものに○をつけるか、適当な語句を書いてください。)

記入日 平成 年 月 日

どうなさいましたか？	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 妊娠診断 <input type="checkbox"/> 月経移動 <input type="checkbox"/> 緊急避妊 <input type="checkbox"/> 低用量ピル <input type="checkbox"/> 不正出血(月経以外の出血、性交時の出血など) <input type="checkbox"/> おりもの <input type="checkbox"/> 月経痛 <input type="checkbox"/> 無月経 <input type="checkbox"/> 更年期障害 <input type="checkbox"/> 不妊相談 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> その他()
受診で医師に何かご希望がございましたら、ご遠慮なくお書きください。	

お名前		年齢	歳
ご住所	〒 -		
ご職業 具体的にお願いします。			

1. 現在、結婚していますか？	している ・ していない ・ 過去に結婚していた
2. 一番最近の生理はいつから始まりましたか？	月 日から 日間 <input type="checkbox"/> 生理がない方へ 生理は何歳までありましたか？ ()歳まで
3. 今まで病気をしたことがありますか？	ある ・ ない <input type="checkbox"/> あると答えた方 病名()
4. 現在、飲んでいる薬はありますか？	ある ・ ない <input type="checkbox"/> あると答えた方 薬名()
5. アレルギーはありますか？	ある ・ ない <input type="checkbox"/> あると答えた方 喘息・花粉症・鼻炎・食物・薬・アトピー性皮膚炎 その他() 採血、注射などで気分が悪くなったことが(ある・ない)
6. 今までに手術を受けたことがありますか？	ある ・ ない <input type="checkbox"/> あると答えた方 受けた手術名または病名() <small>※わかる場合のみ書いてください。</small>
7. 今までに子宮頸がん検診を受けたことがありますか？	ある ・ ない <input type="checkbox"/> あると答えた方 何年前ですか？ ()年前
8. このクリニックをどのようにして知りましたか？	知り合いから・電話帳・フリーペーパー・新聞広告・インターネット・看板 その他()
9. ご紹介者がいらっしゃる方は、差し支えなければお名前をお願いします。	様 セックスの経験のない方は、婦人科的診察はできません。 また、子宮頸がん検診の必要もありません。 セックスの経験のない方は、 チェックを入れてください。  <input type="checkbox"/>